

Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland



Hans-Ulrich Wittchen*
Fank Jacobi
Jürgen Hoyer

Das Forschungsvorhaben wurde als
Teilprojekt des
Bundesgesundheits surveys '98 des
Robert Koch Instituts durchgeführt

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Technischen Universität Dresden, AG Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und
Epidemiologie

Bundesministerium für Bildung
und Forschung (BMBF)

Förderkennzeichen: BMBF 01 EB 9405/6
und 01 EB 9901/6

Psychische Störungen - weitverbreitete Mythen

- **selten**
- = **Geisteskrankheit** (= Irrenhäuser)
- **Chronizität** (*einmal krank – immer krank*)
- **gefährlich**
- **keine „wirklichen“ Krankheiten**
- **Ausdruck von Schwäche**
- **Einbildung**
- **Befindlichkeitsstörungen**
- **nicht erfolgreich behandelbar**

Überblick

- Definition und Spektrum psychischer Störungen
- Prävalenz und Komorbidität
- Wer ist gesund? Körperliche und psychische Morbidität
- Neue und alte Bundesländer
- Einschränkungen und Behinderungen
- Über- Unter- und Fehlversorgung?
- Psychische Gesundheit – ein Mythos?

Definition und Spektrum psychischer Störungen

- **Psychische Störungen sind komplexe, das gesamte System betreffende Erkrankungen** (Neuro-biologie, Kognition, Affekt, motorisches und soziales Verhalten -„disorders of the brain“)
- **Die diagnostische Klassifikation (ICD-10; DSM-IV) erlaubt:**
 - zuverlässige, differenzierte und umfassende Beschreibung (Kognition, Affekt, Verhalten, Neurobiologie, Risiken und Konsequenzen)
 - Abgrenzung klinisch bedeutsamen Leidens untereinander
 - sowie von Befindlichkeitsstörungen
 - Aussagen zur Ätiologie, Pathogenese, Spontanverlauf, Risiken und Behinderungen sowie Prädiktion von Therapieverlauf

Häufige Störungsgruppen (ICD-10, DSM-IV)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Substanzabhängigkeit (Nikotin-, Alkoholmißbrauch, -abhängigkeit) | <ul style="list-style-type: none">• Zwangsstörungen: (z.B. Zwangsgedanken,- oder handlungen) |
| <ul style="list-style-type: none">• Drogenmißbrauch/-abhängigkeit (Cannabis, Exstasy, Opiate) | <ul style="list-style-type: none">• Somatoforme: (z.B. Hypochondrie, Schmerzstörungen, Dissoziative, u.a.) |
| <ul style="list-style-type: none">• Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie, Wahnhafte Störung) | <ul style="list-style-type: none">• Schlafstörungen (z.B. Insomnien, Dys- oder Hypersomnien) |
| <ul style="list-style-type: none">• Eßstörungen (z.B. Bulimie, Anorexia nervosa) | <ul style="list-style-type: none">• Stress-/Anpassung (Post-traumatische Belastungsst. (PTSD)) |
| <ul style="list-style-type: none">• Affektive (z.B. Major depression, Dysthymie, Bipolare) | <ul style="list-style-type: none">• ADHD und andere Störungen des Kindes- und Jugendalters |
| <ul style="list-style-type: none">• Angststörungen (z.B. Panik, GAD, Agora-, Spezifische-, Soziale Phobie) | <ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeitsstörungen (z.B. borderline, disoziale PS) |

Wie häufig sind diese gut definierten Störungsbilder? Wie belastend sind sie? Wie werden sie versorgt?

- Bis 2000 - keine bundesweiten Untersuchungen
- auch international erst in der letzten Dekade besser untersucht (USA: ECA, NCS; WHO: „Global Burden of Disease“ Studien)
 - Häufigkeit (Prävalenz) in der Allgemeinbevölkerung
 - Komorbidität
 - Assoziierte Einschränkungen und Behinderungen
 - Versorgungssituation

Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS) Ziele und Methoden (Das Gesundheitswesen 1998,S59-S114)

- 1. bundesweiter Morbiditäts- und Gesundheits-Survey (RKI, Berlin, BMG/BMFT)
- Ziel: Diagnosespezifische und umfassende Gesundheitsberichterstattung (Prävalenz, Risiken, Korrelate)
- Modularer Aufbau: Kernsurvey und vertiefende Module (Umweltsurvey, Ernährung, Psychische Störungen, etc)
- Ärztlich-medizinische (Labor) und klinisch-psych. Untersuchung
- persönliche Untersuchungen
- Repräsentative bundesweite Einwohnermeldestichprobe
- N=7200 Personen in 120 sample points
- Durchführung von 1/1998-2/1999



Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS)

Die psychische und körperliche Gesundheit der Deutschen

Wieviele Bundesbürger sind eigentlich „gesund“?

Aktuelle (12 Monate) Krankheiten

- psychische Störungen (klinische Interviewer mit standardisiertem CIDI)
- somatische Störungen ohne metabolische Syndrome (ärztliche Untersuchung/Arzt diagnose)

Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS)

Psychische und somatische Morbidität:

Nur jeder 4. Bundesbürger war frei von Krankheit!

| | | 12-Monats-Diagnose (N=4181) | | |
|-------------------|------|-------------------------------|-------|--------|
| | | <u>körperliche Erkrankung</u> | | |
| | | nein | ja | Total |
| <u>Psychische</u> | nein | 23,3% | 44,4% | 67,7% |
| <u>Störung</u> | ja | 8,2% | 24,1% | 32,2% |
| Total | | 31,5% | 68,5% | 100,0% |

Anteil aller Untersuchten, die in den letzten 12 Monate die Kriterien für eine oder mehrere Störungsbilder erfüllten – ungeachtet von Dauer, Schwere und Behandlungsstatus!

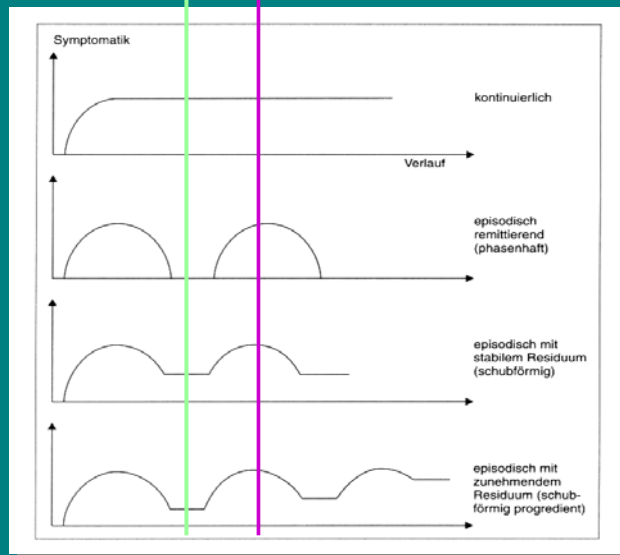
Psychische Störungen haben diagnosenspezifisch – unterschiedliche Verläufe

Beispiele:

episodischer Verlauf:
Depression, Bipolare Störung

persistierende Störungen:
Schizophrenie, Generalisierte Angststörungen, Soziale und Agoraphobie, Substanzabhängigkeit

Mögliche Untersuchungszeitpunkte



Reine Querschnittsuntersuchungen sind z.B. bei episodischen und fluktuierenden Störungen nur begrenzt aussagekräftig!

Wieviel % der Bevölkerung hat jemals (=lifetime) eine oder mehrere psychische Störung gehabt? Wieviele in den letzten 12 Monaten, bzw den letzten 4 Wochen?

**Lebenszeit (lifetime)
Prävalenz: 42,6%**

Frauen: 48,9%
Männer: 36,8%

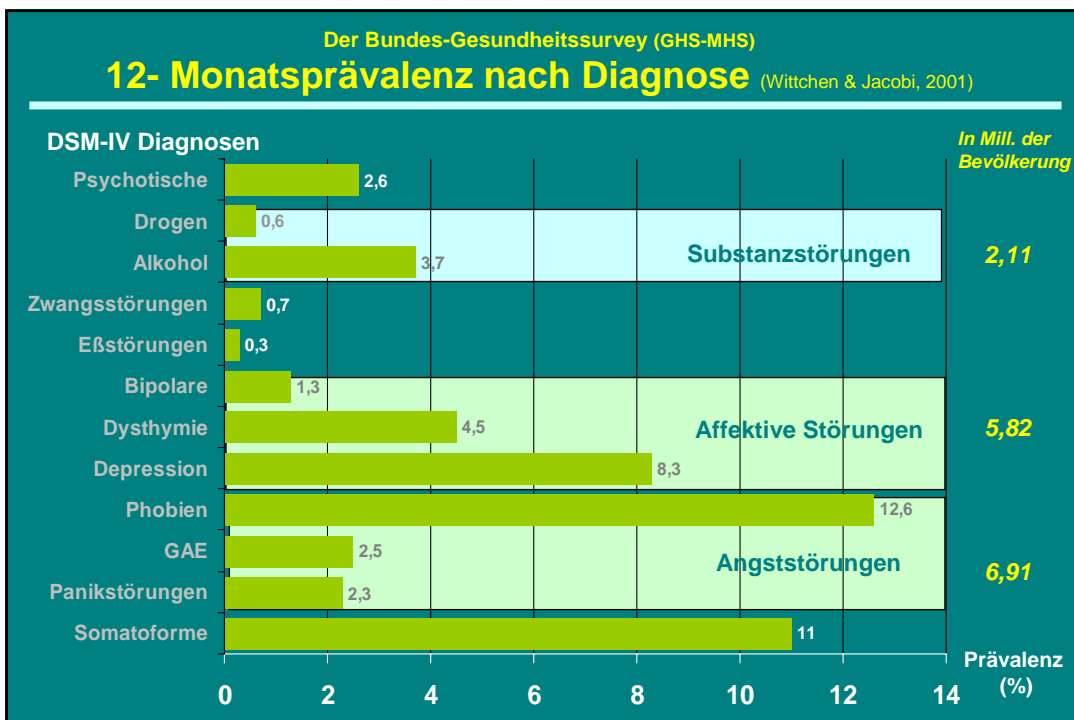
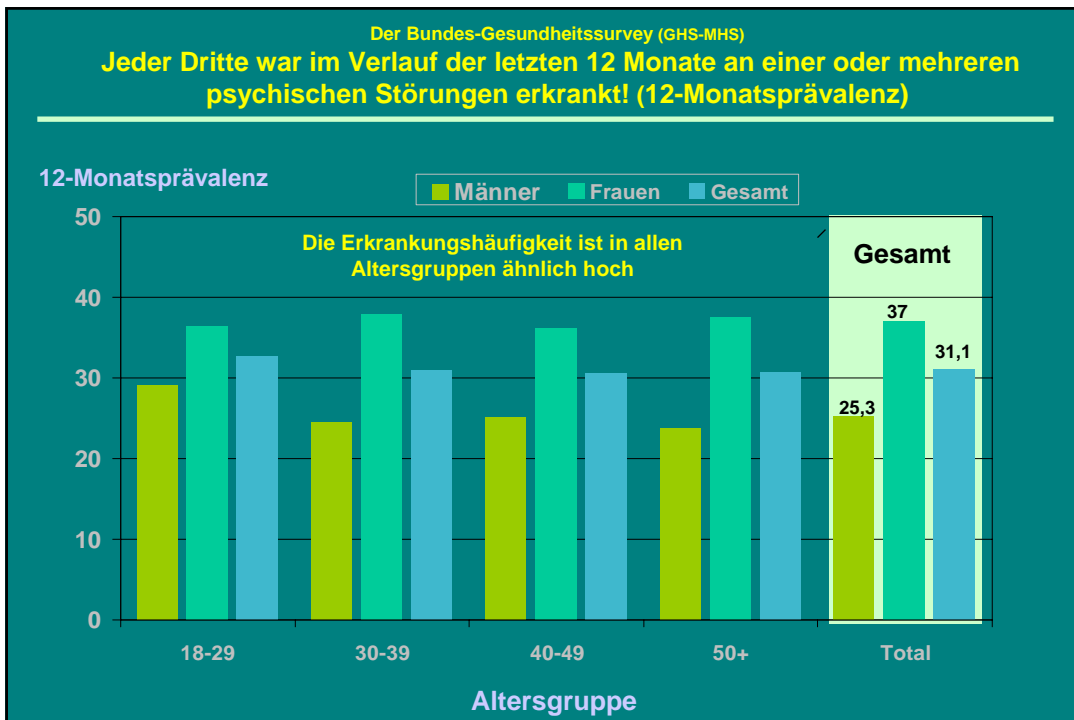
**12-Monats-
Prävalenz: 31,1%**

Frauen: 37,0%
Männer: 25,3%

**1-Monats-
Prävalenz: 19,8%**

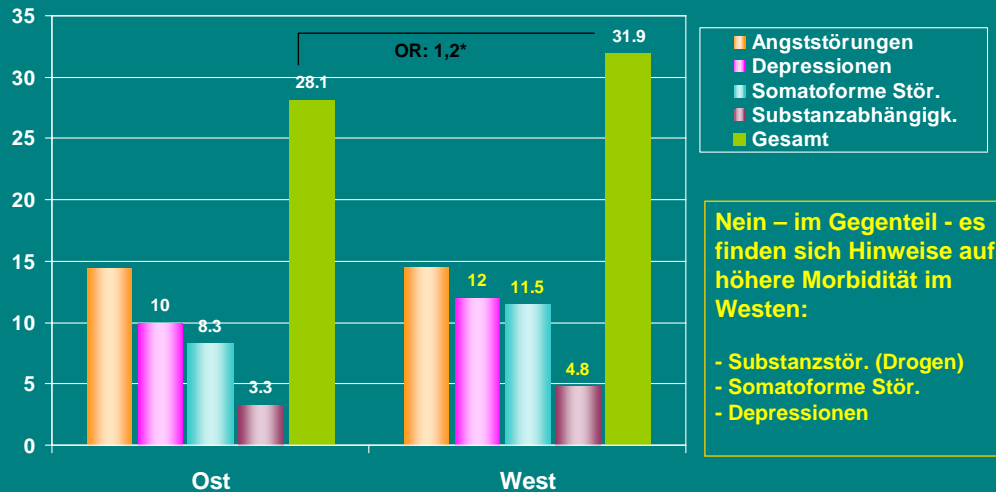
Frauen: 23,9%
Männer: 15,8%

(Quelle: Jacobi et al., 2004)



Sind die neuen Bundesländer (Ost) häufiger von psychischen Störungen betroffen als die alten (West)? (Jacobi et al in press)

12-Monats-Prävalenz (%)



* OR kontrolliert nach Geschlecht, Alter, Schicht und körperlicher Morbidität; (Quelle: Jacobi et al., in press)

Der Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS)

Ost-West Unterschiede?

- Nur marginale Unterschiede zwischen Ost und West
- 1999: Tendenziell, sind die Prävalenzen Ost niedriger (Sucht, somatoforme, Depression)!
- Dies gilt auch bei Berücksichtigung von Schweregrad, Alter, Geschlecht, SES, selektiven Ausfällen, sowie möglichem response bias
- Bemerkenswert angesichts der ätiologisch relevanten und in den neuen Bundesländern höheren Risikokonstellationen (Arbeitslosigkeit, Unsicherheiten, Perspektiven, „Hilflosigkeit“)

Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland

Von allen Personen mit zumindest einer manifesten 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung, wieviele (%) wurden vom Versorgungssystem „behandelt“?

- Berücksichtigt werden alle psychosozialen Einrichtungen oder Dienste, einschließlich Hausärzte,
- Ungeachtet Häufigkeit und Dauer sowie Art der Intervention!

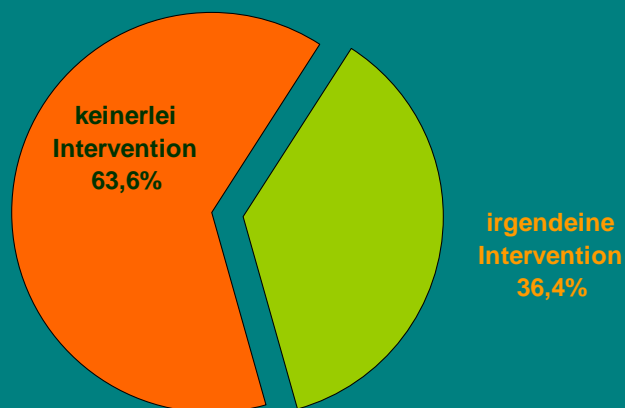
(Quelle: Wittchen & Jacobi, 2001)

Von allen Personen mit einer manifesten 12-Monatsdiagnose und Hilfesuchverhalten, erhalten

Behandlungsraten nach Diagnose:

- Suchtstörungen: 29,3%
- Essstörungen 29,9%
- Angststörungen 36,8%
- Panikstörung 58,2%
- Somatoforme 43,6%
- Afektive Störungen 50,1%
- Psychotische St. 72,3%

Behandlungsraten zumeist am niedrigsten bei Jüngeren



**Markanter Ost-West Unterschied:
Behandlungsrate West: 39,1 versus Ost: 21%**

Diagnostische Prävalenz = Behandlungsdarf?

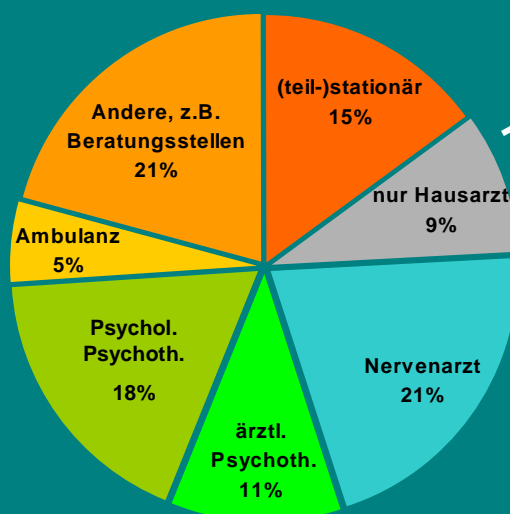
Obwohl die Vergabe einer jeden CIDI/DSM-IV Diagnose

- Klinisch bedeutsames Leiden
- Symptombedingte Einschränkungen und Behinderungen
- und/oder aktives professionelles Hilfesuchverhalten
- zusätzlich zu den definierten Symptomkriterien sowie
- den Dauer, Schwere, Frequenz-Merkmalen voraussetzt

ist eine derartige Gleichsetzung höchst problematisch!

- **Weitere Faktoren:** Motivationales Stadium des Patienten, psychosoziale Rahmenbedingungen, Verfügbarkeit von „first-line treatments“, Merkmale des Therapeuten/Dienstes, Wirtschaftlichkeitskriterien, etc
- **Trotzdem kann wissenschaftlich begründet bei jeder der Diagnosen von einem zumindest „niederschweligen“ Interventionsbedarf in bestimmten Phasen der Erkrankung ausgegangen werden.**

36% mit Intervention: Welche Institutionen versorgen psychische Störungen vorrangig?



Mehrfachbehandlungen möglich! In diesen Fällen wurde der hierarchisch höhere gezählt! Dies reduziert vor allem den wahren Versorgungsanteil der Hausärzte (48%!)

Auch einmalige Kontakte zählen!

Markante Ost-West Unterschiede:

Höhere Versorgungsanteile-Ost:

- Nervenarzt: 31 : 19%
- nur Hausarzt 17 : 8%

Niedrigere Anteile Ost für:

- Psychotherapeut: 25 : 38%
- Andere: 12 : 21%

Häufige Gründe/Faktoren für Nicht-Behandlung

- **Trotz Hilfesuchverhalten erfolgt keine Intervention** (EDSP 1998)
- **Nicht-Kennen, bzw Nicht-Erkennen der Diagnose** (GAD-P, 2001)
- **Art der Diagnose und Komorbidität** (Jacobi et al 2002)
- **Alter, bzw Erkrankungsdauer** (Wittchen et al 2000)
 - Beginn Diagnose bis 1. Intervention vergehen im Mittel 7,4 Jahre
- **Trotz Über-/Zuweisung wird die Therapie nicht aufgenommen**
- **Ablehnung fachspezifischer Dienste** (EDSP 1998)
- **Mangelnde Versorgungsdichte und Wartezeiten** (Jacobi 2001)
- **Fehlende psychotherapeutische und psychiatrische Dienste...**
- **... verbleiben auch Schwerstkranker im primärärztlichen Sektor** (ländliche Regionen der neuen Bundesländer)

1. Zusammenfassung

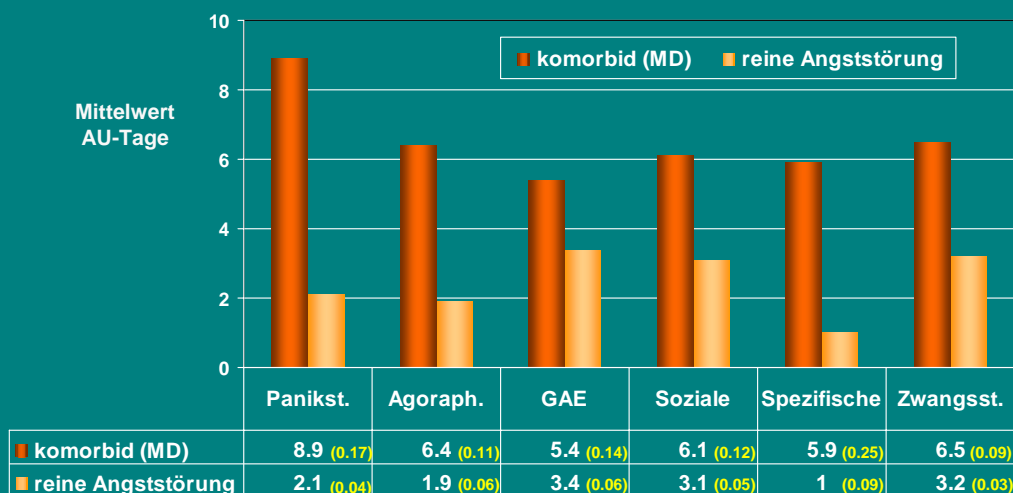
Psychische Störungen in Deutschland

- **31% der Bevölkerung hat aktuell psychische Störungen**
- **Das Lebenszeitrisiko beträgt 48%**
- **Frauen (37%) häufiger als Männer (25%)** - Ausnahme Sucht
- **Ausgeprägte Lebenszeit- und Querschnittskomorbidität psychischer Störungen sowie mit körperlichen Erkrankungen**
- **Ersterkrankungsrisiko: diagnostisch unterschiedlich, am höchsten in den ersten 3 Dekaden,**
- **Markante Defizite in der Versorgung:**
 - Nur 36% erhalten überhaupt irgendeine Intervention (mind. 1 Kontakt)
 - Nur weniger als 10% eine „grob adäquate“ Intervention (> 3 Kontakte; Kessler et al, Health Affairs 2002)

Wie beeinträchtigt und behindernd (und kostenintensiv) sind psychische Störungen? (Jacobi et al 2003, Psychological Medicine)

- **Indikator 1:** Anzahl von Tagen (letzte 4 Wochen), an denen der/die Betroffene mit psychischer Störung nicht in der Lage war, den beruflichen bzw. sozialen Kernaufgaben nachzugehen (Arbeitsunfähigkeitstage, *Harvard – WHO Index*)
- Analoge Erfassung für körperliche Erkrankungen
- **Indikator 2:** Häufigkeit ambulanter Arztbesuche in den letzten 12 Monaten

Beispiel: Mittlere Anzahl von störungsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen bei reinen und mit Depression komorbiden Angststörungen



Werte in Klammern geben die populationsbezogenen AF-Anteile kontrolliert nach Alter, geschlecht und somatischer Morbidität an!

| Arbeitsunfähigkeits-Tage | | | | | |
|---------------------------------|---------------|-----------------------|-------------------|-----------|----------------|
| | <i>Prev.%</i> | <i>Mean dis. days</i> | <i>Mean ratio</i> | <i>AF</i> | <i>Rank AF</i> |
| No mental disorder | 60.8 | 0.1 | ref | ref | |
| Major depression | 8.3 | 5.2 | 12.1 | 0.47 | 1 |
| Dysthymia | 4.5 | 4.6 | 15,8 | 0.40 | 2 |
| ANY ANXIETY DIS. | 14.5 | 4.1 | 10.9 | 0.47 | (1) |
| Panic disorder | 2.3 | 4.8 | 11.9 | 0.20 | 6 |
| Agoraphobia | 3.2 | 3.3 | 7,1 | 0.17 | 8 |
| GAD | 2.5 | 4.6 | 11.2 | 0.21 | 5 |
| Social phobia | 2 | 4.7 | 11.9 | 0.18 | 7 |
| Specific phobia | 7.6 | 2.1 | 6.1 | 0.35 | 3 |
| Any psychotic dis. | 2.6 | 3.3 | 10.9 | 0.20 | 6 |

Anzahl und Anteil (PAF) der auf psychische Störungen rückführbaren Arbeitsausfall-Tagen in den letzten 4 Wochen nach Diagnose
 (Quelle: Size and Burden of mental disorders; EU-European Brain Council report)

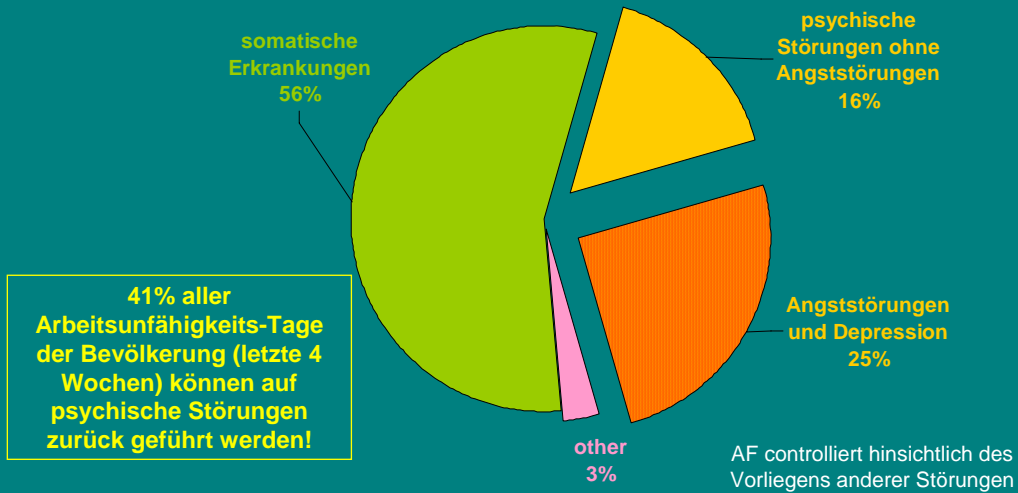
AF=attributable fraction, $AF=(MR-1)/Nw_{not\ aff}/Nw_{aff}+MR$.
 PAF=Population attributable fraction, $PAF=(MR-1)/Nw_{not\ aff}/Nw_{aff}+MR$; Nnot aff, Naff: number of affected, unaffected subjects

| | <u>Mental disorders</u> | <u>AF</u> | | <u>Somatic disorders</u> | <u>AF</u> |
|---------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | Specific phobias | 0.19 | | | Musc.-scell. dis |
| Any somatoform dis | 0.15 | | Neurological dis | 0.12 | |
| Nicotine dep. | 0.14 | | Ulcer/ gastritis | 0.10 | |
| Dysthymia | 0.13 | | Allergies | 0.05 | |
| Major depression | 0.07 | | Gold bladder | 0.04 | |
| Agoraphobia | 0.07 | | Endocrine dis | 0.03 | |
| Any psychotic dis | 0.06 | | COP | 0.03 | |
| Social phobia | 0.04 | | Hypertension | 0.02 | |
| GAD | 0.03 | | Cerebrovascular | 0.02 | |
| OCD | 0.01 | | Cardiac dis | 0.01 | |

Rangreihe der 10 einschränkendsten psychischen und körperlichen Störungen in der Bevölkerung:
 Welcher Anteil aller Arbeitsunfähigkeits-Tage können durch psychische und somatische Störungen erklärt werden?
 (Quelle: Size and Burden of mental disorders; EU-European Brain Council report)

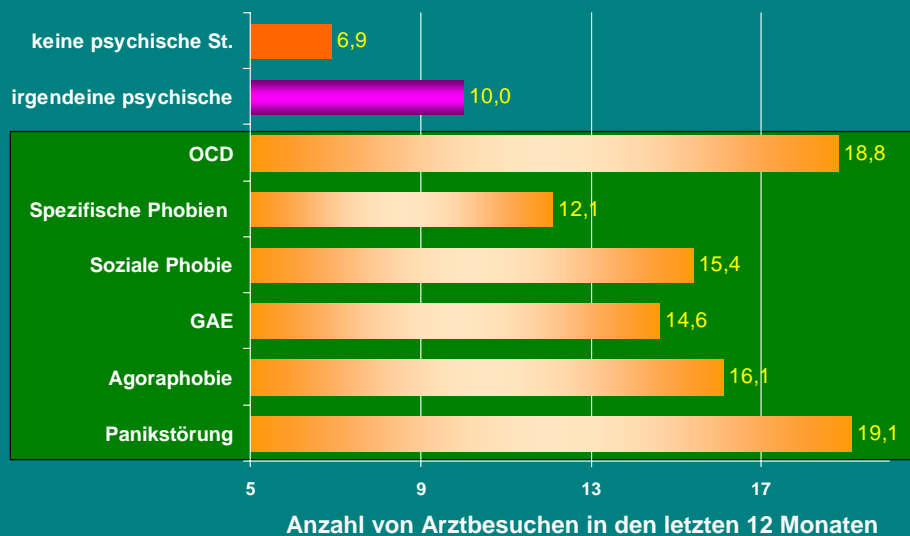
AF=attributable fraction, $AF=(MR-1)/Nw_{not\ aff}/Nw_{aff}+MR$.
 PAF=Population attributable fraction, $PAF=(MR-1)/Nw_{not\ aff}/Nw_{aff}+MR$; Nnot aff, Naff: number of affected, unaffected subjects

Gesamtzahl Arbeitsunfähigkeitstage in der Bevölkerung in den vergangenen 4 Wochen: Populationsbezogene „attributable fraction AF“ von psychischen und somatischen Störungen

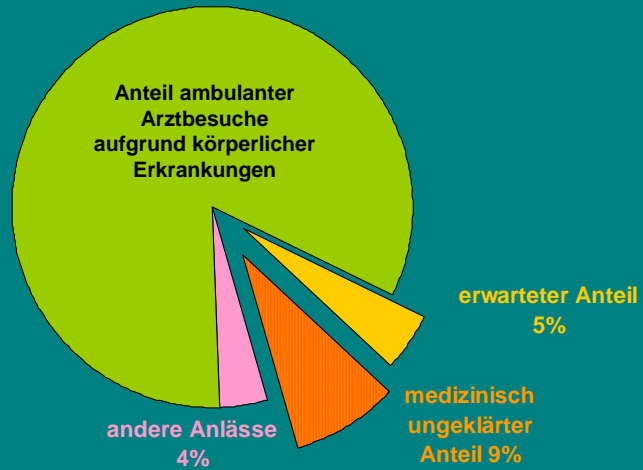


2. Beispiel: Insbesondere Angst- und somatoforme Störungen sind „high utilizer“ des Versorgungssystems

(kontrolliert nach körperlicher Morbidität, Alter und Geschlecht)

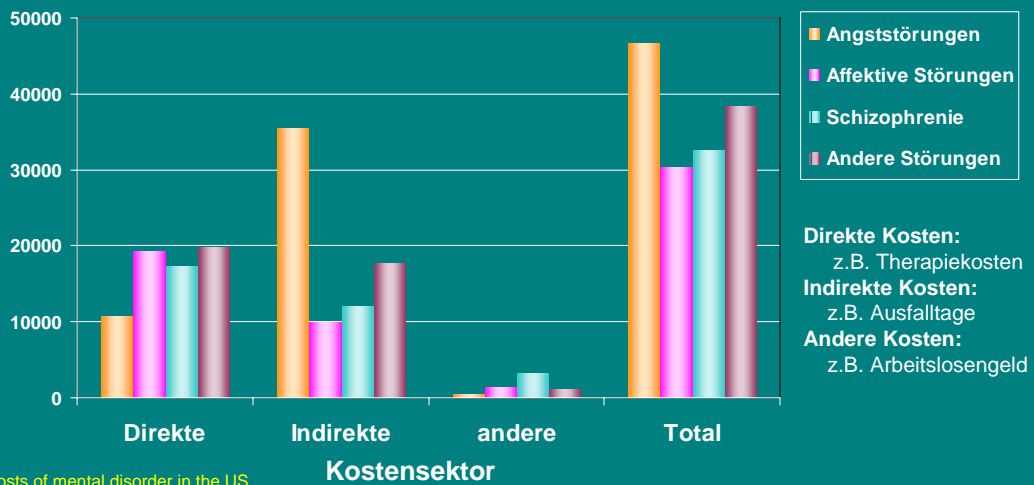


18% aller ambulanten Arztbesuche (ohne psychiatr./psychoth. Sektor) lassen sich auf psychische Störungen zurückführen



Die durch psychische Störung verursachte gesundheitsökonomische Hauptlast besteht in hohen indirekten Kosten (Arbeitsausfalltage und Fehl-Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Dienste)

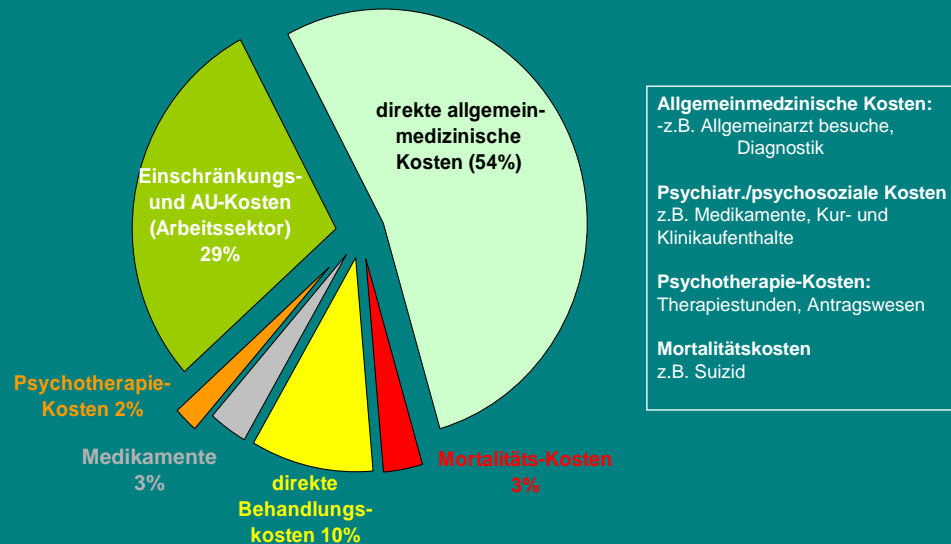
In Millionen
US \$ (1990)



* Costs of mental disorder in the US in 1990 (Rice & Miller, 1995)

Abschätzung der Gesamtkosten für Angststörungen

(Greenberg et al 2002, US-NCS Daten)



Zusammenfassung

- ✓ Die Größenordnung psychischer Störungen wurde bislang gravierend unterschätzt
- ✓ Ein Charakteristikum ist das hohe Ausmaß von Komorbidität mit bedeutsamen Folgen für Verlauf und Schweregrad
- ✓ Assoziierte Einschränkungen/Behinderungen sowie gesundheits- und volkswirtschaftliche Folgen sind offensichtlich höher als die anderer somatischer Erkrankungen
- ✓ Die Versorgungssituation ist in vielen Bereichen sehr unbefriedigend
 - ✓ Schlechte Erkennens- und Kontaktraten („Minimal“-intervention)
 - ✓ Geringe fachspezifische Behandlungsraten (Angebotsmängel?)
 - ✓ Erklärung für hohe indirekte Kosten?
 - ✓ Erklärung für hohe Komorbidität und komplikationsreicheren Verlauf ?